

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE MEDICINA



**Aspectos epidemiológicos y clínicos de neoplasia maligna de
piel no melanoma en el HEGB Nvo. Chimbote, 2017-2018**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

Autores

Arroyo Velasquez Kevin Stalin

Cruz Nunja Yuleysi Catalina

Asesor

Miguel Angel Saravia Luque

Nuevo Chimbote – Perú

2019

1. Palabras clave

Tema	Neoplasia maligna de piel no melanoma
Especialidad	Medicina interna

Keywords

Topic	Malignant neoplasm of non-melanoma skin
Specialty	Internal medicine

Línea de investigación

Prevención y seguimiento del cáncer

Disciplina (OCDE)

Medicina General e Interna

2. Título

Aspectos epidemiológicos y clínicos de neoplasia maligna de piel no melanoma en el HEGB Nvo. Chimbote, 2017-2018

3. Resumen

A nivel mundial la neoplasia de piel no melanoma (NPNM) se ha convertido en un tema preocupante debido a su curso progresivo; con el propósito de sugerir medidas de salud orientadas a la prevención, y a la elaboración de una diagnosis clínica temprano para ofrecer el tratamiento apropiado, además de ser una base para próximas investigaciones. El objetivo del presente estudio fue describir los aspectos epidemiológicos y clínicos de la NPNM en pacientes con diagnóstico anatomopatológico, atendidos en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón Nvo. Chimbote durante el 2017 – 2018, por lo que se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Donde se encontró que la variante predominante según diagnóstico clínico y anatomopatológico es el carcinoma basocelular (CBC) 58 (74.36%) sobre el carcinoma espinocelular (CEC) 20 (25.64%), la forma clínica preponderante es el pigmentado e invasivo respectivamente; más frecuentes en el género femenino 40 (68.97%) para CBC y 11 (55%) en CEC, el promedio de edad alrededor de 68 y 73 años y la localización anatómica más afectada fue la cara, a predominio de la región nasal (49.09%) para ambas variantes, sobre todo en aquellas con labores domésticas, procedentes de Chimbote.

4. Abstract

Worldwide, non-melanoma skin neoplasia (NPNM) has become a worrying topic due to its progressive course; with the purpose of suggesting measures of health oriented to prevention, and to the elaboration of an early clinical diagnosis to offer the appropriate treatment, besides being a base for future investigations. The objective of the present study was to describe the epidemiological and clinical aspects of NPNM in patients with anatomopathological diagnosis, attended at the Eleazar Guzmán Barrón Nvo Hospital. Chimbote during 2017 - 2018, so a retrospective, descriptive, cross-sectional study was carried out. Where it was found that the predominant variant according to clinical and anatomopathological diagnosis is basal cell carcinoma (BCC) 58 (74.36%) over squamous cell carcinoma (SCC) 20 (25.64%), the predominant clinical form is pigmented and invasive, respectively; more frequent in the female gender 40 (68.97%) for BCC and 11 (55%) in SCC, the average age around 68 and 73 years and the anatomical location most affected was the face, with predominance of the nasal region (49.09 %) for both variants, especially in those with housework, coming from Chimbote.

Índice

1. Palabras clave	i
2. Título	ii
3. Resumen	iii
4. Abstract	iv
Índice	v
5. Introducción	1
5.1. Antecedentes y Fundamentación Científica	1
5.2. Justificación de la investigación	8
5.3. Problema	9
5.4. Conceptuación y Operacionalización de las variables	9
5.5. Objetivos	10
6. Metodología de la investigación	10
7. Resultados	12
8. Análisis y discusión	18
9. Conclusiones y recomendaciones	23
10. Agradecimiento	25
11. Referencia bibliográfica	26
12. Anexos y Apéndice	29

5. Introducción

5.1. Antecedentes y Fundamentación Científica

Eshini Perera y col. (2017) realizaron una revisión sistemática de la literatura en EMBASE y Medline, identificando 21 estudios donde investigaron la incidencia epidemiológica y clínica del cáncer de piel no melanoma (CPNM) en Australia. Se determinó que la incidencia de este tipo de cáncer ha aumentado constantemente en los últimos años, siendo mayor en hombres que en mujeres fotoexpuestos y mayor el carcinoma basocelular (CBC) que el carcinoma espinoelular (CEC), en edades mayores de 60 años, la localización anatómica más afectada es la cara, predominando la nariz en CBC, y la mejilla en CEC.

En Bogotá - Colombia, se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, con el fin de conocer el comportamiento clínico y sociodemográfico del cancer de piel, donde se concluyó que del total de pacientes, el 88% tenían edades superiores a 50 años, el sexo femenino con 54 casos (61%) fue el más afectado en los tres tipos de cáncer, las ocupaciones relacionadas o no con la exposición al sol mostraron similitud de resultados, 55% estuvieron no expuestos y 45% casos expuestos, del total de pacientes portadores de cáncer de piel 73% fueron CBC, 21% CEC y 6% melanomas y la localización anatómica que predominó fue cabeza y cuello, seguida en el caso de los CEC en extremidades con 10% (Pinilla, 2016).

En Honduras Hernández Orellana, realizó un estudio cuantitativo de tipo retrospectivo, corte transversal, con el objetivo de caracterizar el cáncer de piel, concluyendo que del total de personas afectadas, se reportaron 43.8% con lesiones malignas, más frecuente en el sexo femenino, entre edades de 71-80 años, la mayor

parte procedente de zona urbana; seguida de la rural; en gran porcentaje en ocupación ama de casa, la zona más afectada localizadas en cara, se presentaron en nariz y mejilla, el diagnóstico clínico preponderante fue CBC, seguido de resto CEC confirmado mediante estudio anatomopatológico (Hernandez, 2016).

En un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, realizado en Yucatán – México con la finalidad de describir los datos epidemiológicos del cáncer de piel en un Centro Dermatológico de dicha localidad, donde la incidencia no se pudo calcular debido a subregistro de estas neoplasias. La prevalencia fue de 1.7%, distribuidos en 39% hombres y 61% en mujeres. El promedio de edad fue 63.7 años. La mayoría de mujeres estuvieron dedicadas a labores domésticas 53.6%. El cáncer de piel más frecuente fue el CBC en 77%, CEC en 21% y Melanoma en 2%. La región más afectada fue cara. Se recomendó ampliar estudios para determinar el efecto real de la enfermedad (Sánchez, 2016).

En Lambayeque – Perú, se realizó un estudio no experimental, retrospectivo, descriptivo en el Hospital Regional de dicha localidad, durante 1 año y medio, con el propósito de describir los aspectos epidemiológicos y clínico-patológicos de la neoplasia maligna de piel no melanoma (NPNM), concluyendo que la variante predominante según diagnóstico clínico y anatomopatológico fue el CBC en 68,31 % del total de historias clínicas. El CBC y el CEC fueron más frecuentes en el género femenino con edades entre 64 a 81 años el primero, y 70 a 83,5 años el segundo. La localización anatómica más afectada es la cara, predominando la nariz (43,62 %) en CBC, y la mejilla (36,00 %) en CEC (Chafloque, 2017).

En Lima - Perú, se realizó un estudio de tipo descriptivo, donde revisaron las historias clínicas de 163 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Militar Central, para conocer las características clínicas, histológicas y epidemiológicas del CPNM donde se encontró una relación CBC/CEC: 3,2/1; con

predominio del sexo masculino (60%), la raza mestiza (87,7%) y los oficiales militares (66%) fueron los más afectados. La edad promedio de presentación fue 75 años. El CBC nodular fue la forma clínica más frecuente (70,97%) de los CBC y el tipo invasivo de los CEC (76,92%). Los tipos histológicos más comunes fueron CBC sólido (49,19%) y el CEC bien diferenciado (46,15%). La ubicación anatómica más frecuentemente afectada por el CPNM fue la cabeza (79,8%), seguido por el tronco (9,2%) (Vildózola, 2017).

En Lima – Perú, se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal en 156 pacientes con el objetivo de determinar las características epidemiológicas del CPNM en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” determinando que el CBC se presentó en 127 casos predominando sobre el CEC donde se encontraron 29 casos, la edad promedio fue 68 años, el sexo masculino fue mayor que el sexo femenino con una relación hombre/mujer:1.8/1, los casos en fototipo de piel IV fueron el 30%, el CBC y el CEC afectaron la cabeza en el 80% y 69% respectivamente además que el CPNM incrementó su incidencia hasta 5 veces (Méndez, 2015).

En un estudio descriptivo realizado en Hospital Regional Docente Trujillo-Perú con la finalidad identificar las características clínico epidemiológicas del CPNM, donde encontraron que de los 183 pacientes, 126 correspondieron al CBC y 57 al CEC, para el CBC 70.63 % presentó un tiempo de enfermedad ≤ 24 meses, 88.89 % se ubicaron en cabeza y cuello a predominio nasal (33.33%), 97.62% fueron lesiones únicas, la forma clínica más frecuente fue la nodular-ulcerativa (42.54%), la edad promedio fue 66.12 años, 53.17% fueron mujeres, 72.22% procedían de Trujillo y 92.86% tuvieron tipo de piel T4. Para el CEC: 70.63 % presentó un tiempo de enfermedad $\leq a$ 24 meses, 59.65% se ubicaron en cabeza y cuello a predominio nasal (52.63 %), 92.98% fueron lesiones únicas, la forma clínica más frecuente fue la ulcerada (33.33%), la edad promedio fue 71.74

años, 54.39% fueron mujeres, 63.15% procedían de Trujillo y 92.98% tuvieron tipo de piel T4, concluyendo que los factores clínicos epidemiológicos predominantes fueron tiempo de enfermedad menor igual a 24 meses, localización en cabeza y cuello, a predominio nasal, género femenino, procedencia Trujillo y fototipo de piel T4. La forma clínica más frecuente fue la nodular- ulcerativa en el CBC y la ulcerada en el CEC (Deza, 2014).

Neoplasia de piel no melanoma

La neoplasia de piel no melanoma (NPNM) es también denominado carcinoma del queratinocito, célula principal de la epidermis que desarrolla proliferación maligna. La NPNM comprende al carcinoma basocelular (CBC) y al carcinoma espinocelular (CEC) (Reyes, 2018). La incidencia de la NPNM está aumentando año tras año en todo el mundo este aumento se debería a los cambios en los hábitos de exposición al sol, al aumento en los niveles de radiación solar por el cambio climático, a una población cada vez mayor, a contaminantes ambientales entre otros (Méndez, 2015). En el Perú no se cuenta con datos sobre la incidencia de las neoplasias de piel, si bien el proyecto Globocan hace algunas estimaciones, estas se basan en modelos que toman en cuenta datos de países vecinos (Bray, 2018). Otra información que también nos permite tener una aproximación al conocimiento de la situación de las neoplasias de piel en el país son las estadísticas registradas en el INEN, las cuales señalan que entre los años 2000 y 2016, se han atendido en el INEN 10,932 casos de neoplasias de piel. La evolución del número ha sido ascendente, pasando de 439 casos en el año 2000 a 663 casos en el año 2016 (INEN, 2017).

Respecto a la epidemiología de la NPNM es predominante en pacientes caucásicos seguidos por asiáticos e hispanicos y en aquellas zonas geográficas más cercanas al Ecuador (Apalla, 2017). La predominancia según el sexo varía según los

estudios realizados, la mayoría coincide con una mayor frecuencia en hombres, pero ésta varía también según la edad, antes de los 40 años predomina en las mujeres, a partir de los 60 años aumenta la frecuencia en hombres y hacia los 60 años la tasa hombres: mujeres es de 2-3:1, para el CBC es 1.2:2 y para el CEC es 1,7:1. La mayor parte de los casos de NPNM ocurren en pacientes mayores de 60 años. Los casos en gente menores de 50 años son escasos aunque la incidencia está en aumento.

El CBC comprende aproximadamente el 80% de todos los casos de NPNM. La tasa CBC: CEC es de 4:1. Si bien la tasa de mortalidad es baja, el CEC es el que más muertes causa, la morbilidad de la NPNM es alta lo que ha llevado, junto con el aumento galopante de la incidencia, a ser considerado un problema de salud pública además de la gran carga económica que conlleva (James, 2006).

No contamos con datos estadísticos para conocer sobre la procedencia de la población más afectada por radiación ultravioleta (RUV) en nuestro país, pero contamos con el índice de radiación ultravioleta (IUV) que es un indicador de la intensidad de la RUV relacionado con el riesgo a la salud, que nos estima la radiación en las regiones de nuestro país. El IUV se publica como una recomendación conjunta entre la organización meteorológica mundial (OMM) y la organización mundial de la salud (OMS, 2014). Entre los países que tienen altos rangos de IUV que afectan a nivel por el cambio climático, Perú ocupa el primer lugar, un riesgo a la salud en que el IUV alcanzara índices históricos de hasta 20 puntos, un nivel considerado "extremo", Algunas zonas del país ya están alcanzando el índice 19, presentando los mayores niveles en el mundo.

El Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI) informó que en lo que durante el año 2018 los niveles de radiación ultravioleta - B (UV-B) se incrementaron en todo el país. Estos niveles experimentaron un aumento por el

deterioro de la capa de ozono. Su pico máximo ocurre al mediodía, y se agrava con un cielo transparente, sin nubes ni polvo. En las regiones de la costa, la radiación UV-B viene oscilando entre 6 y 10, considerados como niveles alto y muy alto, mientras que en la región sierra, los niveles de radiación UV-B fluctúan entre 12 y 18, considerados extremadamente alto, esto se debe porque en las alturas de la cordillera, hay menos margen de atmósfera; para la región selva, los valores de radiación UV-B varían entre 7 y 11, con niveles de riesgo entre alto y extremadamente alto. (SENAMHI, 2018) La relevancia que tiene la ocupación como riesgo en el cáncer de piel está en relación al tiempo de exposición al sol. Existe un grupo de actividades laborales que se realizan en ambientes externos ó intemperie y con un horario de trabajo que coincide con el mayor IUV del día lo cual se torna en motivo de preocupación (Nova A, 2016). El cáncer de piel siempre se relaciona a raza caucásica de fototipos claros I-III (que se queman fácilmente y prácticamente no se broncean) y menos riesgo en fototipos oscuros IV-VI, hay que considerar que el Perú es un país esencialmente mestizo, de ahí que el comportamiento del color de piel ante la radiación ultravioleta pueda mostrar variaciones (Méndez, 2015).

En cuanto a la patogenia del NPNM lo más comprometido en el desarrollo es la exposición a la luz ultravioleta, sobre todo en aquellas personas con tipos de piel I y II y que viven los mas próximo a la línea de Ecuador (Schneiderman, 2015). Tenemos otras fuentes de exposición de radiación como camas solares y tratamientos con luz UV, los cuales son factores que incrementan el riesgo. La exhibición al sol puede dañar a la célula en forma cumulativa o intermitente (Lobos, 2015). El ADN de la celula dañada, como consecuencia de la exposición y la imposibilidad para repararse, explicarían el origen de esta neoplasia. También, la radiación UV puede producir alteraciones en los genes de supresión tumoral, en especial al p53, que impide la muerte de las células afectadas, facilitando su desarrollo (Goldsmith, 2014).

En cuanto a las manifestaciones clínicas del CBC, estas lesiones pueden generarse en cualquier zona del cuerpo aunque con mayor frecuencia en la cara, a excepción de la forma superficial que se manifiesta más en el tronco. Se desarrollan también en zonas de cicatriz, tatuajes y úlceras crónicas. Se presentan en diferentes formas clínicas (Schwartz, 2008). CBC nodular: es la más frecuente y se manifiesta como una pápula ó placa perlada. CBC superficial: se localiza en mayor porcentaje en tronco, como placa poco infiltrada, translúcida, telangiectasias, puede ser pigmentado también. CBC pigmentado: se presenta como una placa con tendencia a ulcerar con coloración irregular en forma de gránulos entre violáceo y negrozco por mayor melanización y la base puede ser de aspecto translúcido con telangiectasias. CBC ulcus rodens: se manifiesta como un sacabocado de úlcera, con un fondo rojo oscuro granulado y aspecto necrótico y borde perlado, más frecuente en cara, región preauricular y cuero cabelludo, puede ser invasivo. CBC esclerosante: se manifiesta en cara, tronco y en los miembros, es parecido a una placa esclerótica color marfil con telangiectasias, como a la morfea o igual a una cicatriz, suele ser profundamente invasivo y originarse en población joven. CBC infiltrativo: se manifiesta como placas levemente elevadas con costras, úlcera o cicatriz, con bordes mal definidos, de aspecto morfeiforme con tendencia a propagarse a la periferie (Goldsmith, 2014; Fahradyan, 2017).

Respecto al CEC la mayor parte se originan de lesiones premalignas como la queratitis actínicas en regiones expuestas al sol como la cabeza y el cuello, otras zonas más frecuentes donde se manifiestan es en manos y brazos continuado por piernas, pero puede también originarse de otras zonas como el ano, genitales y labios. Las formas clínicas que encontramos son: CEC invasivo: se desarrolla cuando las células neoplásicas sobrepasan la membrana basal comprometiendo la dermis, se manifiestan como placas, pápulas o nódulos de coloración similar a la piel, con telangiectasias, induradas, a menudo con escama espesa pegada o con bastante queratina. CEC in situ: se desarrolla cuando las células tumorales en un

inicio no sobrepasan la membrana basal. La enfermedad de Bowen es una forma de CEC in situ y se manifiesta como una placa no infiltrada roja o color piel, aveces pigmentada, escamosa, de limites bien marcados, de crecimiento lento; pudiendo ser agresivo y en muchas se puede lograr observar. La eritoplasia de Queyrat se manifiesta como un CEC in situ ubicado en zonas del pene y se describe como una placa roja aterciopelada, ambas lesiones casi siempre no manifiestan sintoms pero pueden doler, sangrar o exudar. El carcinoma Vermiculatun, es una forma de CEC bien diferenciado y se evidencia como tumoraciones vegetantes, papilomatosas, de superficie blanda, rojo, de aspecto de coliflor, puede ulcerarse y sangrar. La mayoría se encuentran en los pies y parte genital (llamado también condiloma gigante de Bushcke Lowenstein), asociado además al virus del papiloma humano y mucosa oral. Es de crecimiento lento aunque puede profundizar al hueso por debajo de la lesión (Burns, 2016; Schwartz, 2008).

5.2. Justificación de la investigación.

En la actualidad, el impacto de la neoplasia de piel no melanoma es significativo, debido a un incremento sostenido del número de casos por año en las últimas décadas, convirtiéndose en un problema de salud pública, ocupando el quinto lugar dentro de las neoplasias más frecuentes en el Perú, si bien se hacen estimaciones no se cuenta con datos actuales exactos sobre la incidencia de esta patología.

Al realizar este estudio, queremos conocer el efecto en nuestra población y ver el comportamiento actual referente al aspecto epidemiológico y clínico, dado que nuestra ubicación geográfica y el deterioro del medio ambiente ocasionado por el hombre influye de forma directa en el riesgo de desarrollar cáncer de piel, de ésta manera contar con una referencia epidemiológica ya que nuestra localidad no se hallado trabajos parecidos, y ser una fuente de partida para otros estudios incentivando futuras investigaciones, además de aportar conocimiento en el marco

institucional; poder sugerir medidas de salud dirigidas a la prevención, y realizar un diagnóstico clínico precoz y adecuado para ofrecer el tratamiento oportuno y elevar la sobrevivencia de la población afectada, además de contribuir con datos estadísticos reales locales de dicha neoplasia.

5.3. Problema.

¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos y clínico de neoplasia maligna de piel no melanoma en pacientes atendidos en el HEGB Nuevo Chimbote, durante el 2017-2018?

5.4. Conceptuación y Operacionalización de las variables

Neoplasia de piel no melanoma: Formación anormal de la piel de carácter tumoral en la parte más interior de la epidermis (la capa externa de la piel) o en las células escamosas, pero no en los melanocitos, incluye principalmente las neoplasias queratinocíticas (carcinoma basocelular y espinocelular).
Operacionalización de las variables (ver anexo 2)

Aspectos epidemiológicos: Conjunto de rasgos y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de la enfermedad humana. Las cuales son: edad, sexo, ocupación, lugar de procedencia.

Operacionalización de las variables (ver anexo 2)

Aspectos clínicos: Síntomas y signos de la enfermedad y sus consecuencias que se manifiestan en los pacientes de los cuales se vale el clínico para elaborar un diagnóstico.

Operacionalización de las variables (ver anexo 2)

5.5. Objetivos

Objetivo General:

Describir los aspectos epidemiológicos y clínicos de la neoplasia maligna de piel no melanoma en pacientes atendidos en el HEGB Nvo. Chimbote, durante el 2017-2018.

Objetivos Específicos:

- 1) Determinar la frecuencia del carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular
- 2) Describir los aspectos clínicos del carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular
- 3) Identificar los aspectos epidemiológicos del carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular.

6. Metodología de la investigación

6.1. Tipo y Diseño de investigación

- **Según su naturaleza:** Aplicativo.
- **Según tiempo de ocurrencia:** Retrospectivo.
- **Según secuencialidad:** Transversal
- **Según análisis:** Descriptivo
- **Diseño de investigación:** Serie de casos

6.2 Población - Muestra

Está conformada por 78 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de neoplasia maligna de piel no melanoma atendidos en el HEGB, durante el 2017-2018. Dicha población fue tomada al 100% en el estudio.

- **Criterios de inclusión:** Pacientes con el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma basocelular y espinocelular.
- **Criterios de exclusión:** Pacientes cuyas historias clínicas no cumplieron con el registro del 100% de datos requeridos para la investigación.

6.3 Técnicas e instrumentos de investigación

- **Fuente de datos:** Historia Clínica
- **Técnica:** Observación y Recolección de información
- **Instrumento:** Ficha de recolección de datos elaborada por el personal investigador. Este instrumento recogió todos los datos necesarios para responder a los objetivos del estudio. Su elaboración fue hecha teniendo como soporte la operacionalización de las variables respectivas.

7. Resultados

Tabla 1. Frecuencia de carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular.

Estudio anatomopatológico	n	Porcentaje
Carcinoma basocelular	58	74.36%
Carcinoma espinocelular	20	25.64%
Total	78	100.00%

La Tabla 1 muestra que el carcinoma basocelular fue el más frecuente con 58 (74.36%) de observaciones mientras que el carcinoma espinocelular presentó solo 20 (25.64%) de los datos observados.

Tabla 2. Distribución de formas clínicas del carcinoma basocelular

Formas clínicas	CARCINOMA BASOCELULAR	
	N	Porcentaje
Pigmentado	24	41.38%
Nodular	22	37.93%
Infiltrativo	7	12.07%
Superficial	3	5.17%
Ulcus rodens	2	3.45%
Total	58	100%

La Tabla 2 muestra que según sus formas clínicas del carcinoma basocelular, es el más frecuente el pigmentado con 24 (41.38%), seguido de nodular con 22(37.93%) los otros tipos se encontraron en frecuencias menores.

Tabla 3. Distribución de las formas clínicas del carcinoma espinocelular

Formas clínicas	CARCINOMA ESPINOCELULAR	
	N	%
Enfermedad de Bowen	9	45.00%
Invasivo	11	55.00%
Total	20	100.00%

La tabla 3 muestra que el carcinoma invasivo es el más frecuente con 11 (55.0%) seguido de la enfermedad de Bowen con 9 (45,0%).

Tabla 4. Distribución de la edad de los pacientes con carcinoma basocelular y espinocelular.

	Carcinoma basocelular	Carcinoma espinocelular
Promedio de Edad	68.86	73.5
Desviación de Edad	15.41	14.41
Mínimo de Edad	32	38
Máximo de Edad	95	98
Cuenta de Edad	58	20

La tabla 4 muestra que la edad fue mayor en los que presentaron carcinoma espinocelular 73.5 vs 68.86 del carcinoma basocelular, sin embargo, con una desviación de promedio de 15 para ambos.

Tabla 5. Distribución del carcinoma basocelular y espinocelular según sexo.

	Carcinoma basocelular	Carcinoma espinocelular
Femenino	40 (68.97%)	11 (55.00%)
Masculino	18 (31.03%)	9 (45.00%)

La tabla 5 muestra que la ocurrencia de carcinoma basocelular y espinocelular el sexo femenino tiene predominancia con un alto porcentaje para ambos, abarcando 68.97% de sujetos de sexo femenino con carcinoma basocelular y 55% de mujeres con carcinoma espinocelular.

Tabla 6. Distribución de los aspectos epidemiológicos del carcinoma basocelular y espinocelular según procedencia.

	Carcinoma basocelular	Carcinoma espinocelular
Chimbote	25 (43.01%)	9 (45.00%)
Nuevo Chimbote	16 (27.59%)	4 (20.00%)
Provincias costa	11 (18.97%)	4 (20.00%)
Provincias sierra	6 (10.34%)	3 (15.00%)

La tabla 6 muestra que la distribución de carcinoma basocelular y espinocelular según la procedencia de los sujetos más afectada es Chimbote con un porcentaje de 43.01 % y 45% respectivamente.

Tabla 7. Distribución de los aspectos epidemiológicos del carcinoma basocelular y espinocelular según ocupación.

	Carcinoma basocelular	Carcinoma espinocelular
Ama de casa	18 (31.03%)	3 (15.00%)
Desempleado	11 (18.97%)	6 (30.00%)
Agricultor	7 (12.07%)	2 (10.00%)
Comerciante	7 (12.07%)	2 (10.00%)
Trabajador técnico	6 (10.34%)	1 (5.00%)
Otros	9 (15.52%)	6 (30.00%)

La tabla 7 muestra que el empleo del sujeto según el carcinoma basocelular es mayor en ama de casa 31.03 % y en cuanto carcinoma espinocelular no tienen ocupación 30%.

Tabla 8. Distribución del carcinoma basocelular y espinocelular según partes del cuerpo afectadas.

	Carcinoma basocelular		Carcinoma espinocelular	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cabeza	52	89.66%	13	65.00%
Cuello	1	1.72%	0	0.00%
Genitales	1	1.72%	1	5.00%
Miembros	2	3.45%	5	25.00%
Tórax	2	3.45%	1	5.00%
Total	58	100.00%	20	100.00%

La tabla 8 muestra que la mayor frecuencia de carcinoma basocelular se ubica en la cabeza 52 (89.66%) situación parecida, aunque en menor intensidad se presenta en el carcinoma espinocelular con 13 (65.00%) observaciones y un 5 (25.00%) en los miembros, existen frecuencias observadas de muy bajas en número de 7 menores a 5 (70%) de observaciones que resta valor a una prueba para comparar proporciones.

Tabla 9. Distribución del carcinoma basocelular y espinocelular según partes de la cabeza afectada.

Región de la cabeza afectada	Nº	%
Región nasal	27	41.54%
Región cigomática	15	23.08%
Región orbitaria	12	18.46%
Otros	11	16.92%
Total	65	100.00%

La tabla 9 muestra que la región nasal fue la más afectada con una frecuencia de 27 (41.54), seguido de la región cigomática con 15 (23.08%) y la región orbitaria con 12 (18.46%).

8. Análisis y discusión

A nivel mundial se han “encendido las alarmas” en relación al cáncer de piel, en especial a la neoplasia maligna de piel no melanoma el cual ha presentado un curso inequívocamente progresivo y en nuestro país constituye el quinto lugar entre las neoplasias.

Realizamos el presente estudio transversal, descriptivo de una serie de 78 casos transversales de neoplasias malignas atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón entre los que se encontró una frecuencia de carcinoma basocelular de 58 (74.36%) y una frecuencia de carcinoma espinocelular de 20 (25.64%), estos resultados obtenidos concuerdan con los resultados de Pinilla (2016) quien en Colombia desarrolló un estudio descriptivo en 89 pacientes con cáncer de piel entre los cuales el 73% fue basocelular y el espinocelular con un 21%, la coincidencia con estos resultados puede guardar relación a que este estudio fue realizado en Colombia y se trata de dos países sudamericanos con variables que pueden ser homogéneas. Se tienen también los estudios de Hernández Orellana (2016) realizado en Honduras y el de Sánchez (2016) realizado en México en el que el carcinoma basocelular fue el más frecuente seguido del carcinoma espinocelular y confirmado mediante estudio anatomopatológico, coincidiendo también con nuestros resultados.

Es unánime lo encontrado en nuestro país los estudios realizados por Chafloque (2017) en Lambayeque, en su estudio descriptivo realizado en 193 historias clínicas de pacientes con neoplasias malignas de piel reportando hallazgos que concuerdan con los nuestros ya que el basocelular fue el más frecuente con 78.17% seguido del espinocelular con 21.83%. Así mismo Méndez, (2015) en Lima en su estudio con un total de 156 casos, encontro que el mayor numero correspoden a basocelular con un total de 127; al igual que Deza (2014) en Trujillo donde encontró que de los 183 pacientes, 126 correspondieron al basocelular y 57 al espinocelular. Estos resultados son muy concordantes con los obtenidos en nuestro estudio, esto guarda relación

porque son investigaciones realizadas en nuestro país y con una población muy similar con la de nuestro estudio.

En relación a las formas clínicas de las neoplasias malignas de piel no melanomas, se tiene el estudio de Vildózola (2017) en un estudio descriptivo realizado en Lima, Perú en 163 pacientes atendidos en el Hospital Militar Central reportando que el nodular fue la forma clínica más frecuente con 70.97%, estos datos no coinciden con lo reportado en nuestro estudio, ya que del total de pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, donde según las formas clínicas el más reportado fue el pigmentado con una frecuencia de 24 (41.38%), el nodular estuvo en el segundo con una frecuencia de 22 (37.93%) lo cual dista mucho del 70.97% de lo reportado por Vildózola (2017). Las diferencias se pueden “explicar” en relación a los diferentes aspectos: la naturaleza de la muestra, pese a ser un estudio realizado en el mismo país, el estudio de Vildózola fue realizado en militares, otra característica que puede explicar la diferencia es el número de muestra al igual que estudio de Deza (2015) realizado en Trujillo con un total de 183 pacientes donde reporta que la forma clínica más frecuente fue la nodular en el basocelular, mientras nuestro estudio tiene una muestra de 78 casos, dichos estudios utilizaron muestras de 163 y 183 casos respectivamente, lo cual muestra indicadores estadísticos diferentes. Tanto para Vildózola (2017) y Deza (2015) la forma clínica respecto al carcinoma espinocelular es el invasivo, resultados que concuerdan con nuestro estudio.

En relación a los aspectos epidemiológicos en nuestro estudio se encontró que el promedio de la edad para el carcinoma basocelular fue de 68.86 años y para el carcinoma espinocelular de 73.5 años, esto muestra que existe diferencias entre las edades de estos dos grupos. Sobre el promedio el estudio guarda relación con lo reportado por Eshini Perera (2017) quien en un estudio de revisión sistemática de la literatura de 21 estudios que investigaron la epidemiología y clínica de las neoplasias malignas donde se reporta que el promedio de edad en lo que se presentan estos cánceres es mayor de 60 años. Por su parte Pinilla (2016), en su estudio realizado en

Colombia se reportó que el 88% de los pacientes tenían edades superiores a 50 años, información que guarda cierta congruencia con nuestros resultados, aunque no son similares.

En Honduras se tiene el estudio de Hernández Orellana (2016) quien reporta que la edad de los pacientes con neoplasias malignas de piel no melanomas oscila entre 71 y 80 años, datos que guardan relación con los reportados en nuestro estudio. Por su parte Chafloque (2017) en su estudio descriptivo realizado en Lambayeque, Perú, reportando una edad promedio para los pacientes con carcinoma basocelular de 64 a 81 años y mayor edad para los casos de carcinoma espinocelular con edad de entre 70 a 83.5 años, estos resultados si bien no son similares a los obtenidos en nuestro estudio, si guardan proporción. Vildózola (2017) en su estudio de pacientes atendidos en el Hospital Militar reportó una edad general promedio de 75 años, al igual que el estudio de Méndez (2015) donde la edad promedio fue de 68 años, los cuales se parecen al promedio general de 70 años de nuestro estudio.

En relación al sexo se reportó un 68.97% para el sexo femenino en el carcinoma basocelular y 55% para el sexo femenino en el carcinoma espinocelular y en global de 65% para el sexo femenino, estos resultados concuerdan con lo publicado por Pinilla (2016) quien reporta al sexo femenino con un 61% en los pacientes con neoplasias malignas de piel. No muy alejados de estos datos se encuentra el estudio de Hernández Orellana (2016) realizado en Honduras en los que reporta un 58.2% para el sexo femenino en el total de sujetos con neoplasia maligna de piel no melanoma. También se tiene el reporte discordante en el que las mujeres representan solo el 40% y es el reporte realizado por Vildózola (2017), como el estudio de Méndez (2015) en el Hospital Médico Naval donde reporta que el sexo masculino fue predominante, estas diferencias pueden ser explicadas porque los hospitales donde se realizaron los estudios, la mayoría de los pacientes en todos los servicios son varones.

En nuestro estudio se tiene en distritos urbanos y urbanos marginales de Chimbote y Nuevo Chimbote que se puede extrapolar a zonas rurales son con la finalidad de poder comparar con lo reportado por Hernández Orellana (2016) quien reporta que un 53.8% tuvo procedencia urbana y comparado con la extrapolación hecha se obtiene un porcentaje global de 69.23% de urbana siendo mayor a lo reportado por el antecedente revisado, se puede explicar la diferencia afirmando que los distritos asumidos como urbanos, tienen también zonas rurales, pero no se cuentan con los detalles para poder realizar un mejor análisis. A pesar de que en la sierra se registran valores altos de IUV de 12 a 18 según SENAMHI (2018) el mayor porcentaje sujetos afectados provenientes de la parte costa sobre todo Chimbote esto se podría deber a que hay mayor daño a la capa de ozono producto de la gran contaminación en áreas urbanas.

En cuanto al empleo, el ser ama de casa en nuestro estudio representó en global el 26.9% y difiere muy poco del 36.1% reportado por Hernández Orellana (2016), así como el estudio de Sánchez (2016) quien reporta que el 53.6% se dedicó a labores domésticas. Por su parte Vildózola (2017) reportó que el 66% se desempeñaban como oficiales militares, y esto pudo explicarse porque aquel estudio fue realizado en un Hospital militar.

En nuestro estudio la parte más afectada fue la cabeza con un 83.3% para un porcentaje global, es decir entre carcinoma basocelular y espinocelular, esta información coincide por lo reportado por Eshini Perera (2017) quien en su estudio de revisión de literatura determinó que la localización anatómica más afectada fue la cara. Coincide también con nuestro reporte el estudio realizado en Colombia por Pinilla (2016) quien en un estudio descriptivo afirma que la localización anatómica más predominante fue la cabeza y el cuello y muy raro en los miembros llegando a un 10%, comparado este dato con nuestro estudio, es muy parecido, ya que, en una clasificación global, agrupando basocelular y espinocelular el porcentaje fue de 8.97%. Se tiene el estudio de Hernández Orellana (2016) realizado en Honduras en el que afirma que el 78.5% de las lesiones están localizadas en la cara. Al igual que estudio de Sánchez (2016)

realizado en Mexico donde encontró que la región más afectada fue la cara, resultados similares llega el estudio de Chafloque (2017) quien reportó que la localización anatómica más afectada fue la cara, predominando la nariz (43,62 %) en basocelular, y la mejilla (36,00 %) en el espinocelular. Vildózola (2017) tampoco pudo escapar a presentar resultados similares pues reportó que la ubicación anatómica más frecuentemente afectada por el NPNM fue la cabeza con un 79,8% seguido por el tronco 9,2%. Todo esto reflejaría la relación directa de esta región de la piel expuesta a la radiación solar.

Es unánime entre nuestros resultados y los reportados por los autores consultados que la mayoría de estas neoplasias malignas se encuentran en la cabeza, sin embargo, es pertinente precisar la región de la cabeza que se ve afectada con mayor frecuencia. En nuestros resultados la región nasal fue la más afectada con 41.54%, seguida de la región cigomática con 23.08%, en tercer lugar, se ubicó la región orbitaria con 18.46% y en otras regiones de la cabeza un 16.92%. se tiene el estudio de Eshini Perera (2017) en su estudio de revisión sistemática de 21 artículos publicados llegó a la conclusión de que la localización anatómica más afectada es la cara, predominando la nariz, resultados que respaldan a los obtenidos en nuestro estudio, coinciden también con nuestros resultados lo reportado en Honduras por Hernández Orellana (2016) quien afirma que el 56.4% de lesiones malignas se presentaron en la nariz, resultados similares son obtenidos por Chafloque (2017) quien reporta que en la nariz se ubicó el 43.62% de estas lesiones y el estudio de Deza (2014) quien coincide con el predominio nasal.

9. Conclusiones y recomendaciones

- La frecuencia de la NPNM en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón es de 74.36% para carcinoma basocelular y de 25.64% para carcinoma espinocelular
- En cuanto a los aspectos clínicos del NPNM, las formas clínicas más frecuentes del carcinoma basocelular fueron el pigmentado con 41.38%, seguido del nodular con 37.93%, luego el infiltrativo con 12.07%, superficial con 5.17% y ulcus rodens con 3.45%. Y las formas clínicas del carcinoma espinocelular fueron la enfermedad de Bowen 45% y el invasivo con 55%. La parte del cuerpo más afectada en ambos tipos de carcinomas fue la cabeza, un 89.66% para el basocelular y un 65% para el espinocelular. La región de la cabeza más afectada entre ambos tipos de carcinoma fue la región nasal con 41.54%.
- En cuanto a los aspectos epidemiológicos según la edad el promedio de los pacientes con carcinoma basocelular fue de 68.86 años y para el espinocelular fue de 73.5 años. El sexo femenino fue el más afectado y se presentó en 68.97% para el carcinoma basocelular y 55% para el carcinoma espinocelular. La mayoría de pacientes proceden del distrito de Chimbote, para el basocelular un 43.01% y para el espinocelular un 45%. El ser ama de casa fue la ocupación más frecuente para el carcinoma basocelular con 31.03%, mientras que para el carcinoma espinocelular fue el estar desempleado con 30%.

Recomendaciones

- Debe continuarse estudios a nivel local, nacional para mayor conocimiento prevalencia e incidencia del cáncer de piel en nuestro país. Plantear a la neoplasia maligna de piel no melanoma como uno de los padecimientos preeminentes, creando la correspondiente herramienta para su inscripción y aviso por parte de los trabajadores sanitarios.
- Reiterar en las capacitaciones al personal de salud primaria para el diagnóstico temprano de lesiones malignas, para que puedan realizar su más pronta referencia a un hospital dermatológico y oncológico especializado. Educar a la población en la realización del autoexamen piel y consultar inmediatamente al personal de salud cuando identifique una lesión sospechosa de cáncer en la piel.
- Implementar campañas de prevención a nivel local poniendo en especial cuidado en las mujeres mayores de 60 años, de ocupación ama de casa, con lesiones dérmicas sobre todo en la cabeza, en particular en la nariz, pues configura el perfil de un paciente con alta probabilidad de tener un carcinoma de piel, dando a conocer los efectos dañinos de la radiación ultravioleta y promoviendo el uso de protectores solares físicos y químicos.

10. Agradecimiento

Queremos dar un agradecimiento especial al doctor Miguel Saravia Luque, asesor de esta tesis por sus enseñanzas, orientación y consejos para el desarrollo de esta investigación, por su apoyo incondicional y paciencia referente a nuestro tema de investigación.

11. Referencia bibliográfica

- Alfaro Sánchez A, G.-H. L. (2016). Cáncer de piel. Epidemiología y variedades histológicas, estudio de cinco años en el noreste de México. *Dermatología Revista de Mexico*, vol (6), (106-113).
- Apalla, Z. A. (2017). Epidemiological trends in skin cancer. *Dermatol Pract Concept*, vol (8), 1-6.
- Bray, F. (2018). Estadísticas mundiales sobre el cáncer para 2018: estimaciones de GLOBOCAN sobre la incidencia y la mortalidad en todo el mundo de 36 cánceres en 185 países. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol (8), (78-82).
- Burns. (2016). *Rook`s Textbook of dermatology Edition 9*, vol (2). United Kindong: Wiley blackwell.
- Chafloque, J. A. (2017). Aspectos epidemiológicos y clínico patológicos de neoplasia maligna de piel no melanoma. *Revista Venezolana de Oncología*, vol (29), (45-49).
- Dermik: Clínica dermatològica Multidisciplinar*. (28 de Diciembre de 2018). Obtenido de Dermik: Clínica dermatològica Multidisciplinar: <http://www.dermik.es/cancer-piel/>
- Deza, H. M. (2014). *Características clínicas y epidemiológicas del cancer de piel no melanoma*. Trujillo.
- Eisemann, N. (2016). Non-Melanoma Skin Cancer Incidence and Impact of Skin Cancer Screening on Incidence. *Journal of Investigative Dermatology*, vol (3), (43-50).
- Eshini Perera, N. G. (2017). Incidence and prevalence of non-melanoma skin cancerin Australia: A systematic review. *Australasian Journal of Dermatology*, vol (1), (258-267).
- Fahradyan, A. H. (2017). Updates on the Management of Non-Melanoma Skin Cancer (NMSC). *National Center for Biotechnology Information*, vol (5), (115-119).

- Goldsmith, L. A. (2014). Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. En L. A. Wolff, *Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General*, vol (2) (págs. 113-115). Panamericana.
- Hauser, D. L. (2017). *Principios de medicina interna 19a Edición*. New York: McGraw-Hill.
- Hernandez, O. (2016). *Càncer de piel no melanoma en Honduras*. Honduras.
- INEN. (2017). *portal.inen.sld.pe*. Obtenido de *portal.inen.sld.pe*: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/06/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2016.pdf>
- James, W. D. (2006). *Andrews' diseases of the skin : clinical dermatology*, vol (2). Philadelphia: Saunders Elsevier, ©2006.
- Lobos, P. L. (2015). Cáncer de piel no melanoma. *Revista Medica Clínica Condes*, vol (4), (737-748).
- Méndez, B. V. (2015). *Características epidemiológicas de cancer de piel no melanoma Centro Medico Naval, 2009-2014*. Lima.
- Nova, A. (2016). Características epidemiológicas de pacientes con carcinoma escamocelular cutáneo en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia. *Revista Asociacion Colombia Dermatologia*, vol (5), (212-218).
- Organización Mundial de la Salud, O. M. (2014). *Índice UV solar mundial guía practica*. Suiza : Pauls Sloss.
- Pinilla, J. L. (2016). *características clinicas y sociodemograficas del cancer de piel en pacientes atendidos en el servicio de Dermatologia de la Clinica Chia en el año 2016*. Bogota.
- Reyes, M. (2018). Càncer cutàneo no melanoma. *Actualidad Médica*, vol (4), (26-34).
- Schneiderman. (2015). Mathematical models of age and ultraviolet effects on the incidence of skin cancer among whites in the United States. *PubMed*, vol (3), (84-38).

- Schwartz, R. (2008). *Skin cáncer. Recognition and management. Second edition*. USA: Blackwell Publishing.
- SENAMHI. (2018). *senamhi.gob.pe*. Obtenido de *senamhi.gob.pe*: <https://www.senamhi.gob.pe/?&p=prensa&n=905>
- Tejera Vaquerizoa, M. D.-G. (2015). Incidencia y mortalidad del cáncer cutáneo en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Actas Dermo-Sifiliográficas es la publicación oficial de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)*, vol (2), (267-364).
- Vildozola, M. D. (2017). Características clínicas histológicas y epidemiológicas de cáncer de piel no melanoma hospital Militar Central 2015-2016. *Repositorio academico USMP*, 1-18.

12. Anexos y Apéndice

ANEXO 1 - FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

NÚMERO: _____

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: _____

ASPECTO EPIDEMIOLOGICO

- Edad: _____ (Años) Lugar de Procedencia: _____
- Sexo: () Femenino () Masculino
- Raza: Mestiza () Otros () _____
- Ocupación: _____

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO SI() NO()

Carcinoma Basocelular (CBC) ()

Carcinoma Espinocelular (CEC) ()

ASPECTO CLÍNICO

CBC:

- 1. Nodular ()
- 2. Superficial ()
- 3. Pigmentado ()
- 4. Ulcus rodens ()
- 5. Esclerosante ()
- 6. Infiltrativo ()
- 7. Otros ()

CEC:

- 1. Invasivo ()
- 2. Enfermedad de Bowen ()
- 3. Eritroplasia de Queyrat ()
- 4. C. vermiculatum ()

Localización de la lesión:

1. Cabeza ()	2. Cuello ()	3. Tronco ()	4. MMSS ()	5. MMII ()	6. Mucosas ()
a. Región Frontal () b. Región nasal () c. Región bucal () d. Región labial () e. Región cigomática () f. Región orbitaria () g. Pabellón auricular () h. Cuero cabelludo () i. Otros ()		a. Región torácica anterior () b. Región torácica posterior () c. Región lumbar () d. Abdomen ()			a. Oral () b. Genital ()

ANEXO 2 – OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CLASIFICACION DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Neoplasia de piel melanoma	Formación anormal de la piel de carácter tumoral en la parte más interior de la epidermis (la capa externa de la piel) o en las células escamosas, pero no en los melanocitos, incluye principalmente las neoplasias queratinocíticas	Información obtenida del estudio anatomopatológico de carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular recogido de la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
Aspectos epidemiológicos	Conjunto de rasgos y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de la enfermedad humana.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad: Dato de la edad en años anotado en la historia clínica. ▪ Sexo: Dato obtenido de la historia clínica según género del paciente. (masculino o femenino) ▪ Ocupación: Dato del tipo de actividad al que se dedican los pacientes registrado en la historia clínica, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la Oficina Internacional del Trabajo, modificada <ol style="list-style-type: none"> 1. Fuerzas armadas. 2. Miembros y personal de la administración pública y de empresas. 	<p>Cuantitativa Discreta</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>De razón</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Profesionales, científicos e intelectuales. 4. Técnicos y profesionales de nivel medio. 5. Empleados de oficina. 6. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercados. 7. Agricultores, agropecuarios y pesqueros. 8. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios. 9. Operadores de instalaciones, máquinas y montadores. 10. Trabajadores no calificados. 11. Estudiantes 12. Amas de casa 13. Sin ocupación. <p>▪ Lugar de procedencia: Dato del lugar geográfico donde vive el paciente, anotado en la historia clínica. Según Distrito Chimbote y Nuevo Chimbote y demás distritos de Costa y Sierra.</p>	Cualitativa	Nominal	
		<p>▪ Localización anatómica: Región del cuerpo donde se localiza la lesión cancerosa, registrada en la historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuero cabelludo. ➤ Cara. <ul style="list-style-type: none"> ○ Región frontal ○ Región temporal ○ Pabellón auricular ○ Preauricular 	Cualitativa	Nominal	

<p>Aspectos clínicos</p>	<p>Sintomas y signos de la enfermedad y sus consecuencias que se manifiestan en los pacientes de los cuales se vale el clínico para elaborar un diagnóstico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Región orbitaria ○ Región infraorbitaria ○ Región nasal ○ Región cigomática ○ Región bucal ○ Surco nasogeniano ○ Surco nasolabial ○ Región labial ○ Región mentoniana ➤ Cuello. ➤ Región torácica anterior ➤ Región torácica posterior ➤ Región lumbar ➤ Abdomen. ➤ Extremidades superiores. ➤ Extremidades inferiores. ➤ Genitales. <p>▪ Formas clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Carcinoma basocelular: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nodular ○ Superficial ○ Pigmentado ○ Ulcus rodens ○ Esclerosante ○ Infiltrativo ○ Otros ➤ Carcinoma espinocelular: <ul style="list-style-type: none"> ○ Invasivo ○ Enf. de Bowen ○ Eritroplasia de Queyrat ○ C. vermiculatum 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
---------------------------------	--	--	--------------------	----------------	--------------------------------------